

**СИМПОЗИУМЫ,
КОНФЕРЕНЦИИ, СЪЕЗДЫ**

Проф. А.Н.КОСИНЕЦ

**ПЕРВЫЙ БЕЛОРУССКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
ХИРУРГОВ**

(11 - 13 декабря 1996 г., Витебск)

Витебский ордена дружбы народов медицинский институт

11 - 13 декабря 1996 года в г.Витебске состоялся I Белорусский Международный конгресс хирургов, который был организован Министерством здравоохранения Республики Беларусь, Республиканским научно-практическим центром «Инфекция в хирургии», Витебским медицинским институтом, Управлением здравоохранения Витебского облисполкома. Конгресс был посвящен вопросам диагностики, лечения и профилактики остеомиелита; профилактике нагноений и лечения гнойных ран, вопросам хирургической инфекции у больных сахарным диабетом («диабетическая стопа», гнойные раны). В работе конгресса приняли участие более 300 хирургов республик бывшего Советского Союза. На заседаниях было заслушано более 130 докладов. По материалам докладов конгресса были разработаны практические рекомендации, что по мнению всех участников, будет способствовать улучшению результатов хирургического лечения больных

РЕКОМЕНДАЦИИ

Остеомиелит.

Проблема остеомиелита приобретает большую актуальность. В отличие от предыдущих лет на первое место в настоящее время вышел посттравматический остеомиелит у взрослых, который встречается в клинической практике в 90-95%. Остаются не решены организационные и лечебно-диагностические вопросы данной проблемы. В связи с рассредоточением больных по различным лечебным учреждениям отсутствуют условия для применения современных сложных трудо- и материало-емких технологий. Поэтому конгресс считает, что важным решением этой задачи является организация центров лечения остеомиелитов и гнойной патологии крупных суставов. Центры целесообразно организовывать на базе гнойных хирургических отделений. Хирурги, оказывающие помощь больным остеомиелитом, должны в совершенстве владеть методами ортопедо-травматологических вмешательств и техникой пластических операций. Руководителями этих центров должны быть специалисты, имеющие достаточный практический и научный опыт решения данной проблемы.

Диагностика остеомиелита различной локализации должна основываться, наряду с клиническими данными, на результатах рентгенологического, бактериологического, иммунологического и ультразвукового исследований, в неясных случаях - компьютерная томография и ЯМР-томографии, ультразвуковая доплерометрия и ангиография.

Основными принципами хирургического лечения остеомиелита рекомендуются:

- Радикальная хирургическая обработка гнойного очага с иссечением всех нежизнеспособных тканей, включая некротизированные участки кости с использованием механических, физических методов обработки раны (пульсирующая струя антисептиков и

антибиотиков, ультразвуковая кавитация, высоко- и низкоинтенсивные лазеры, плазменный скальпель);

- при наличии показаний костнопластические и другие пластические операции секвестральных полостей, полноценная иммобилизация костных отломков аппаратами внешней фиксации, замещение дефектов мягких тканей и пластическое закрытие раневых полостей без или с использованием микрохирургических технологий, трансплантация искусственных суставов;
- Оперативное лечение должно сочетаться с адекватной антибиотикотерапией, коррекцией метаболических иммунологических и иных нарушений в организме больного. В показанных случаях проводится внутриапериальное, эндолимфатическое и внутрикостное введение лекарственных препаратов;
- В детской хирургической практике преобладает острый гематогенный остеомиелит. Диагностика остеомиелита у детей должна основываться на учете возрастных и анатомо-физиологических особенностей, применении пункции мягких тканей и костно-мозгового канала с цитологическими исследованиями субстрата, электромиографии, традиционных рентгенологических и лабораторных исследований, а также КТ и ЯМР-томографии;
- При лечении в остром периоде рекомендуется применение остеоперфорации с промыванием и введением антибиотиков и антисептиков в костно-мозговой канал, вскрытие флегмон, иммобилизация конечности, комплексной интенсивной терапии с использованием иммунологических препаратов, ингибиторов ферментов, дезинтоксикацией. В случае хронизации процесса спустя 3 месяца показана секвестрнекрэктомия, а при деформациях - корригирующие операции.

Наряду с этим конгресс отмечает отсутствие адекватной классификации остеомиелита, исследований первично-хронических остеомиелитов и их лечения.

Профилактика и лечение гнойных ран.

В последние годы внимание хирургов вновь привлечено к проблемам патогенеза раневого процесса, профилактики, лечения ран и раневой инфекции.

В современных условиях проблема борьбы с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями имеет не только медицинское, но и большое экономическое и государственное значение.

Для профилактики нагноений ран большое значение имеет правильное установление причин и условий развития осложнений.

Необходимо проводить следующие профилактические мероприятия:

I группа - мероприятия, направленные на микроорганизмы (эффективное уничтожение микроорганизмов, вызывающих гнойно-воспалительные осложнения, рациональное применение антибиотиков и антисептиков, обеззараживание шовного и перевязочного материала, инструментария, рук персонала и кожи операционного поля, воздуха в операционных; санация бациллоносителей; лечение сопутствующих очагов инфекции);

II группа - мероприятия, направленные на повышение местной и общей реактивности организма (иммунокоррекция, коррекция белкового, углеводного, жирового и водно-солевого обмена);

III группа - мероприятия ятрогенного характера (соблюдение щадящей техники операции, тщательный гемостаз, дренирование послеоперационных ран, сведение к минимуму использование деагглюляций, удаление инородных тел);

IV группа - организационные мероприятия, предусматривающие строгий учет и контроль за частотой гнойно-воспалительных осложнений, строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, разделение операций на чистые и гнойные, сокращение числа

персонала, занятого в операции, поддержание в хорошем состоянии помещений хирургических отделений и операционных, сокращение сроков предоперационной подготовки больных, что снижает обсемененность их кожи и верхних дыхательных путей госпитальными штаммами микроорганизмов.

Основные частные задачи лечения ран, сформулированные В.И.Стручковым и соавторами и на сегодняшний день остаются основополагающими: 1) дезинтоксикация всеми известными методами (разведение, выведение, разрушение токсинов, адсорбция и уменьшение их всасывания); 2) восстановление нарушенных функций жизненно важных органов; 3) стимуляция иммунобиологических сил; 4) воздействие на микрофлору; 5) сокращение фаз течения раневого процесса.

Лечение гнойных ран должно быть активным и сводиться к следующим принципам:

1. Хирургическая обработка гнойной раны или гнойного очага по типу рассечения и иссечения нежизнеспособных тканей. При ограниченном гнойном процессе - иссечение гноя в пределах здоровых тканей, наложение шва с обязательным дренированием раны.

2. Дополнительная обработка раны различными физико-химическими воздействиями: вакуумирование, УЗК, лазер, подводный искровой разряд, криовоздействие и др.

3. Дренирование и промывание раны антисептиками, протеолитическими ферментами, антибиотиками (проточное, проточно-аспирационное).

4. Местное, патогенетически обоснованная медикаментозная терапия гнойных ран с применением мазей на водорастворимой основе, протеолитических ферментов, дренирующих сорбентов и др.

5. В комплекс общих лечебных мероприятий включается активная антибактериальная терапия с использованием внутривенного и эндолимфатического путей введения препаратов, а также комплексная детоксикация с применением метода экстракорпоральной детоксикации.

6. При анаэробной инфекции - срочная операция с опережающими разрезами и некрэктомиками, ГБО, направленная антибактериальная терапия, экстракорпоральная детоксикация и др.

7. При сепсисе необходимо выявлять и радикально санировать первичный очаг, проводить антибактериальную терапию с учетом вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам и антисептикам, иммунокоррекцию, экстракорпоральную детоксикацию, ГБО.

8. Ранние восстановительные операции: закрытие раны вторичными швами, кожной пластикой, дермотензией.

Сахарный диабет и хирургическая инфекция.

Проблема лечения больных с гнойно-септическими заболеваниями на фоне сахарного диабета остается не решенной и поэтому чрезвычайно актуальной. Число этих пациентов имеет тенденцию к неуклонному росту во всем мире. Преобладают гнойно-некротические процессы на нижних конечностях, которые выделены в настоящее время в отдельную нозологическую форму - «Диабетическая стопа».

Под термином «стопа диабетика» или «диабетическая стопа» в настоящее время понимают комплекс анатомо-функциональных изменений стопы, связанный с диабетической микро- и макроангиопатией, их сочетанием, а также нейропатией и остеоартропатией, на фоне которых развиваются тяжелые гнойно-некротические процессы.

Выделяют три формы синдрома «диабетической стопы»:

- нейропатическая инфицированная стопа;
- ишемическая гангренозная стопа;
- стопа с периферической нейропатией и артериальным тромбозом.

Лечение больных с синдромом «диабетическая стопа» и развившимися на этом фоне гнойно-некротическими осложнениями должно быть комплексным и включать медикаментозный (консервативный) и хирургический (оперативный) методы.

1. Медикаментозное лечение имеет цель нормализации обмена, нервно-сосудистой регуляции, улучшение состояния сосудистой стенки, реологических свойств крови, подавление контринсулярных гормонов, устранение патогенной микрофлоры, борьбу с интоксикацией и выглядит в виде следующей схемы:

- диетотерапия;
- ортопедические нагрузки с учетом стадии и формы процесса и остеоартропатической деформации;
- с первых суток пребывания больного в стационаре введение дробных доз инсулина короткого действия с целью коррекции нарушений углеводного обмена;
- антибактериальная терапия, основанная на бактериологических исследованиях и чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, а также обязательное использование препаратов группы метронидазола;
- инфузионно-трансфузионная терапия с применением препаратов крови (плазма, альбумин), реологических препаратов, регулирующих водно-электролитный баланс и кислотно-щелочное равновесие;
- адекватное обезболивание, иногда с использованием пролонгированной перидуральной анестезии;
- использование ангиопротекторов (трентал, продектина, сукцинат натрия);
- коррекция белкового, углеводного, жирового и водно-солевого обмена (препараты, влияющие на тканевый обмен (эссенциале, солкосерил); антигипоксанты; введение анаболических стероидов (ретаболил, нераболил); гипохолестеринемическая терапия (безофибрат, мисклерон); использование препаратов никотиновой кислоты (теоникол, компламин); витаминотерапия;
- активная и пассивная иммунизация;
- гипербарическая оксигенация;
- квантовая терапия - использование физических методов лечения: лазеротерапия, ультразвуковая кавитация, гипербарическая оксигенация и др., УФО;
- при необходимости дезинтоксикационная терапия с применением гемосорбций и плазмафереза.

2. На фоне медикаментозной терапии, строго в зависимости от фазы процесса должно проводиться местное воздействие на гнойно-некротический очаг с использованием гипохлорита натрия, угольно-волоконного сорбента, протеолитических ферментов, мазей на водорастворимой основе, местного ультрафиолетового, УЗТ или лазерного облучения раны, антибактериальных пленок, а также препаратов, влияющих на процессы регенерации и эпителизации.

3. В каждом конкретном случае объем оперативного вмешательства и вариант его завершения избирается строго индивидуально и основывается на возрасте пациента, длительности и тяжести течения основного заболевания, стадии ангиопатии, сочетания ее с макроангиопатией, уровнем критической ишемии, распространенностью гнойно-некротического процесса, его клиническим вариантам, а также на основании тяжести состояния пациента и перспективы дальнейшего лечения. Основной задачей оперативного вмешательства является максимально полное иссечение гнойно-некротических тканей, пораженного сухожильного комплекса и костных фрагментов, с сохранением опорной функции конечности. В условиях ургентной хирургии радикальное вмешательство должно выполняться только после детоксикации, компенсации гемодинамики, показателей углеводного обмена, чему способствуют паллиативные операции вскрытия и дренирования гнойника в день поступления больного. При радикальной обработке гнойно-некротического очага обязательным условием является устранение путей распространения процесса с

помощью максимального иссечения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев, подошвенного апоневроза и соединительнотканых меремычек.

4. При наличии сочетания гнойно-некротических осложнений «диабетической стопы» с поражением магистрального артериального и венозного русла показаны восстановительные операции на магистральных артериях нижних конечностей.

5. Ампутация конечности на уровне бедра или голени при сахарном диабете показана:

■ при прогрессирующей влажной гангрене с распространением ее на голень;

■ при гнойно-некротическом процессе на стопе на фоне окклюзии магистральных артерий с некорригируемой ишемией III-IV стадии) и невозможности сосудистой пластики.

6. Все больные сахарным диабетом с синдромом «диабетической стопы» и гнойно-некротическими осложнениями подлежат диспансерному наблюдению и профилактическому лечению в условиях стационара не реже 2-3 раз в год.

7. Целесообразно организовать Республиканский центр «диабетической стопы».

8. Совершенствовать методы объективного определения уровня ишемии на конечности,

допускающие возможность оперативного вмешательства.

9. Необходимо обучение терапевтов-эндокринологов обязательному осмотру стоп у всех больных диабетом с целью дачи практических рекомендаций по уходу за стопами и своевременному направлению к хирургу.

Поступила 20.12.1996 г.

Канд.мед.наук А.В.ВОРОБЕЙ

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОВРЕМЕННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

(Обзор конгрессов по колоректальной хирургии за 1996 год)

Кафедра хирургических болезней (зав.-проф. И.Н.Гришин)

Белорусский институт усовершенствования врачей

(ректор- член-корр. АН РБ А.В.Руцкий)

14-18 апреля 1996 года в Лиссабоне (Португалия) состоялся очередной XVI конгресс по проктологии, организованный Международной ассоциацией университетских колоректальных хирургов (МАУКРХ). Все заседания проходили в отеле «Альфа». Присутствовало более 300 делегатов практически из всех стран мира. Благодаря спонсорской помощи английской фирмы «Конватек», производящей стомийное оснащение, в конгрессе приняла участие делегация из республик бывшего СССР в количестве 31 человека.

Открыл конгресс профессор А.Алмейда, министр здравоохранения Португалии. Председательствовали на секциях и симпозиумах выдающиеся колоректальные хирурги мира, в том числе ведущие сотрудники ГНЦ проктологии Минздравмедпрома России: членкорр. РАМН Г.Воробьев, проф.Одарюк, Ю.Шелыгин. Симпозиум по молекулярной биологии вел академик РАМН В.Д.Федоров.

Было заслушано 102 доклада по следующим разделам: а) воспалительные заболевания толстой кишки; б) общая проктология; в) рак ободочной и прямой кишки; г) лапароскопическая хирургия и колоноскопия; д) молекулярная биология; з) разное.

На видео сессии было показано 11 видеофильмов, в основном по лапароскопическим операциям на толстой кишке. В течение четырех дней конгресса в залах отеля было продемонстрировано 113 постерных (стендовых) сообщений по различным проблемам.